

XIX

CURSO DE ACTUALIZACIÓN PARA MÉDICOS GENERALES

EVENTOS TROMBOEMBOLICOS EN LA GESTACION

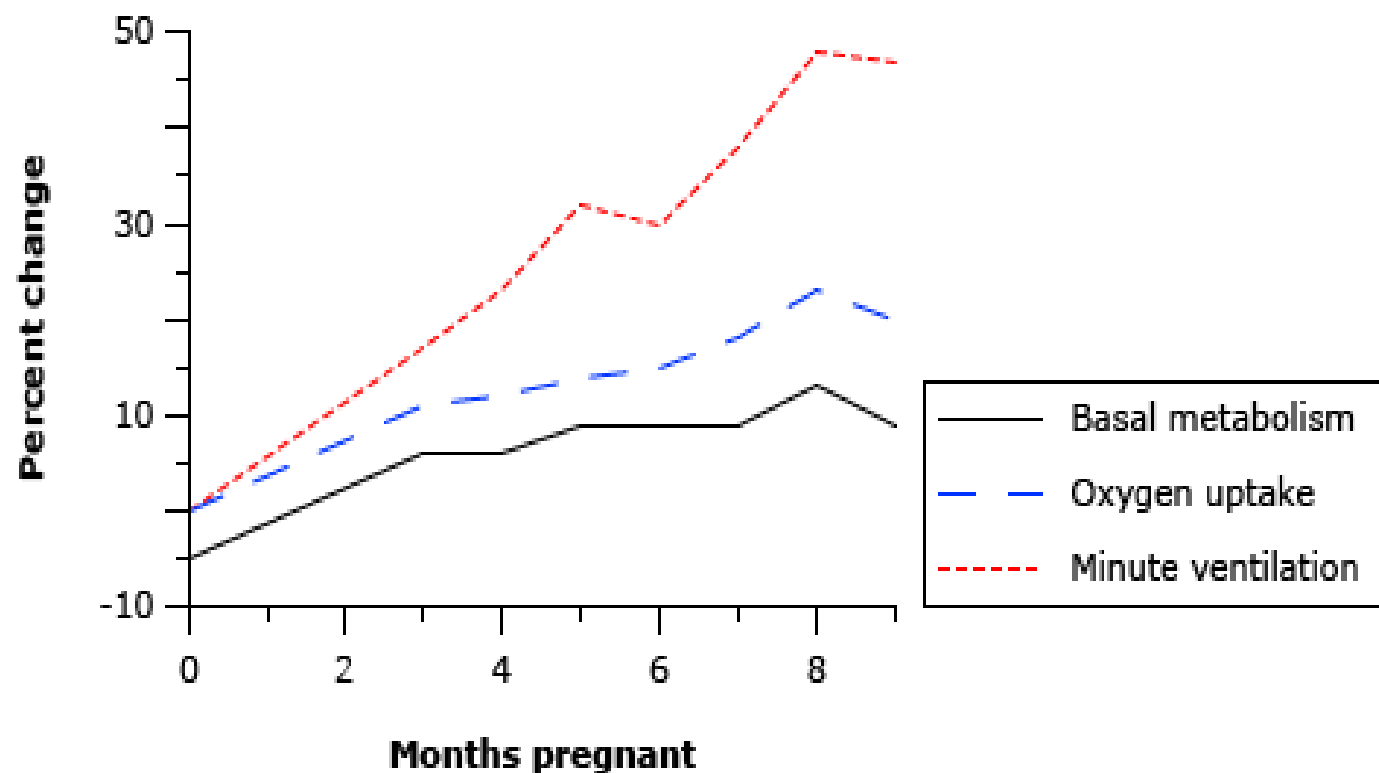
MARIA ALEJANDRA ARBOLEDA
RESIDENTE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
3 AÑO
CUR
2019



INCREMENTO DEL EL CONSUMO DE OXIGENO

© 2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Changes in ventilation during pregnancy

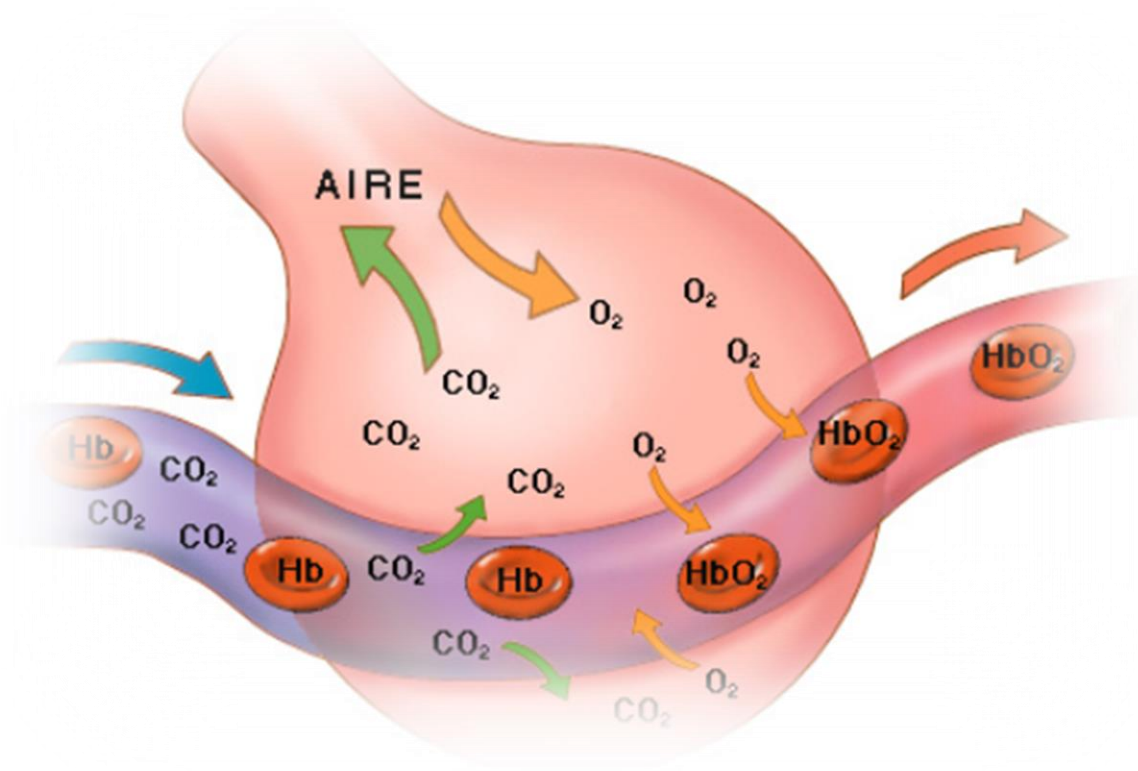


ADECUADA FORMACION
FETAL REQUERIMOS UNA
PO₂ MATERNA > 70
(SAT:95%)

la PCO_2 más baja proporciona un gradiente de difusión que puede facilitar la capacidad del feto para eliminar los desechos del metabolismo aeróbico.

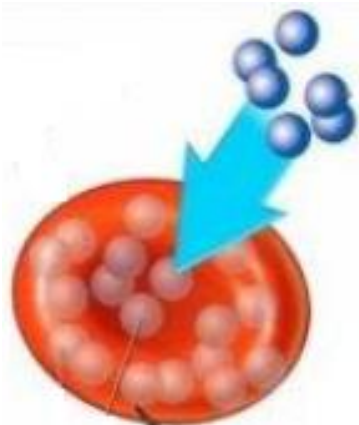


PO_2

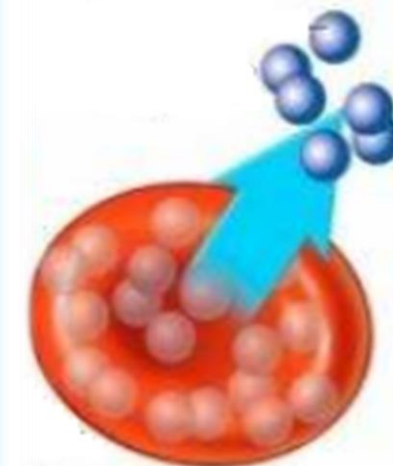
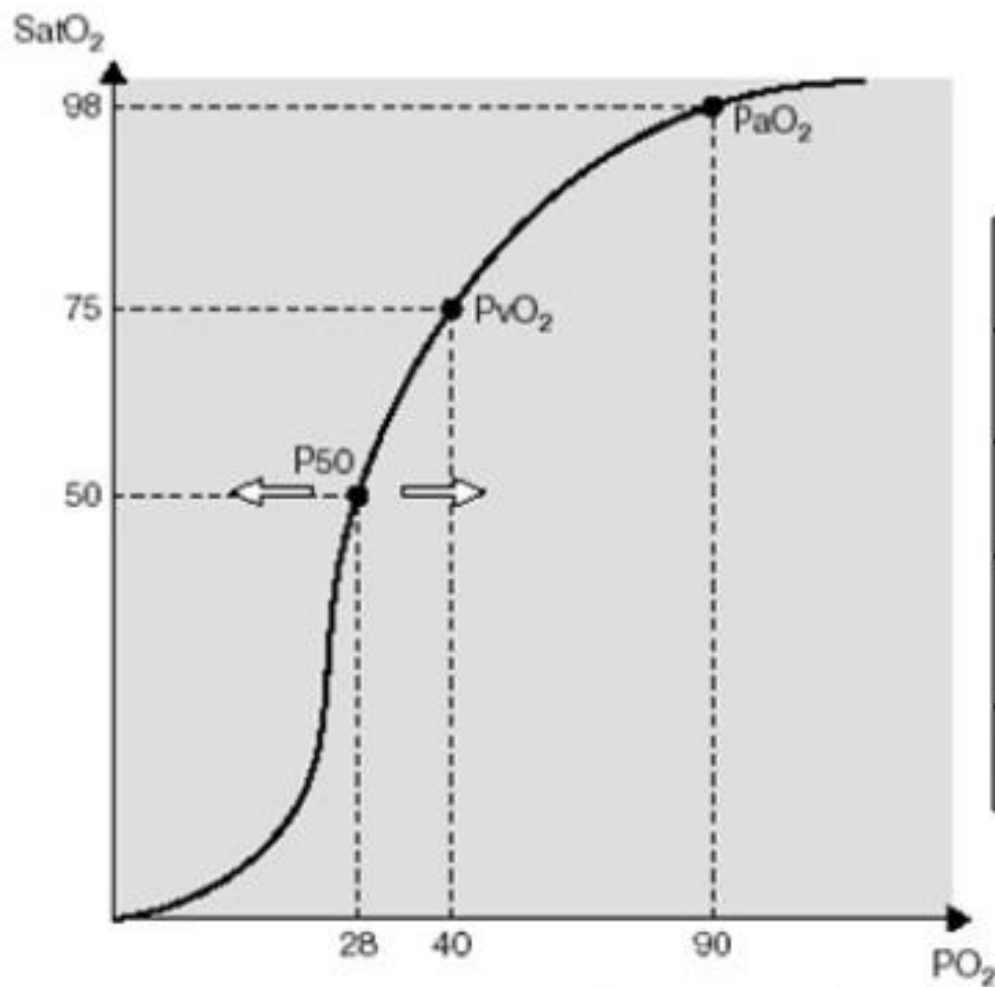


PCO_2

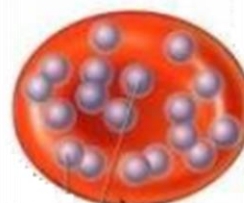
alcalosis respiratoria compensada,
un mayor PO_2 y un menor PCO_2

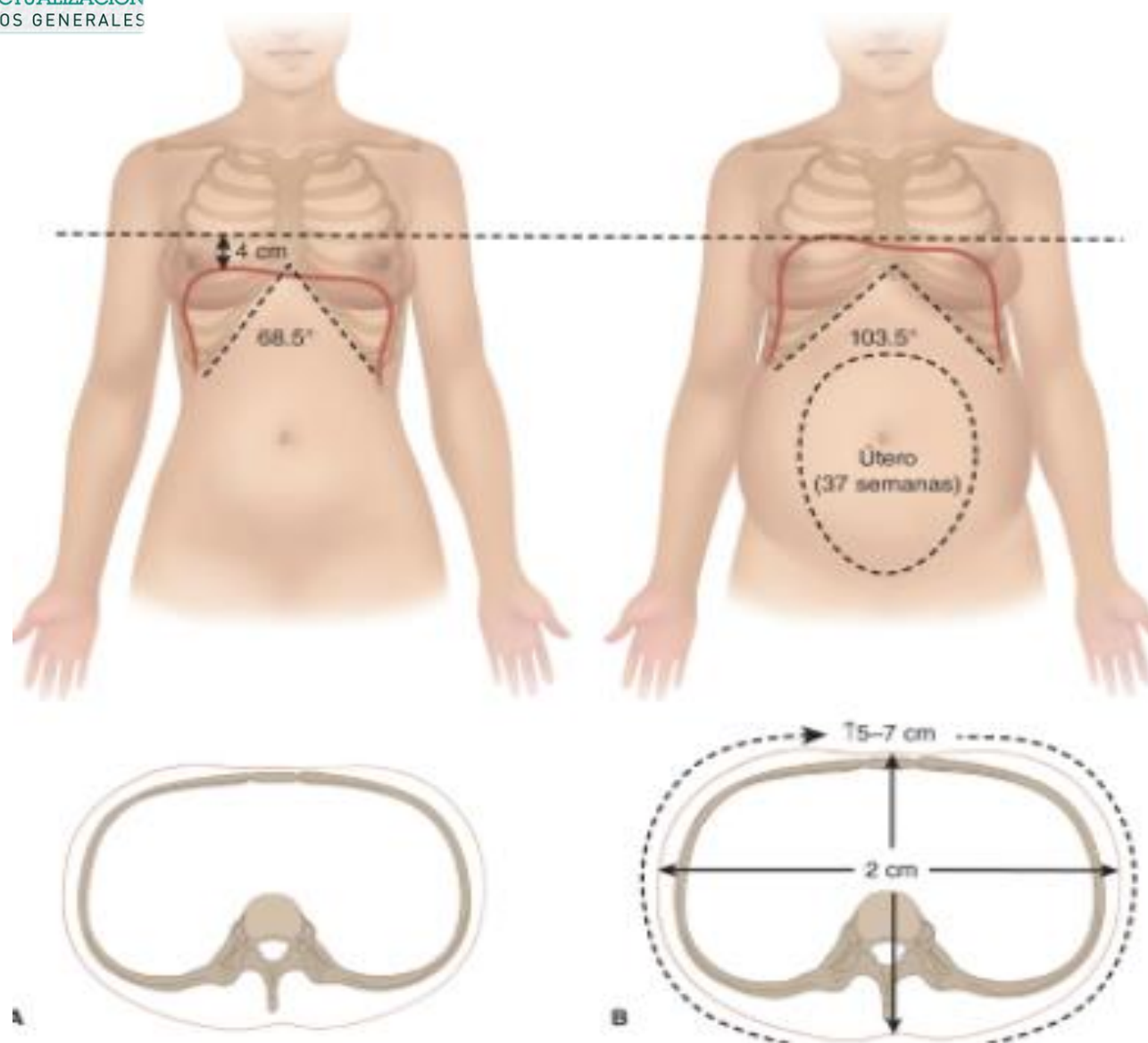


MAYOR
AFINIDAD DEL
OXIGENO POR
LA HB



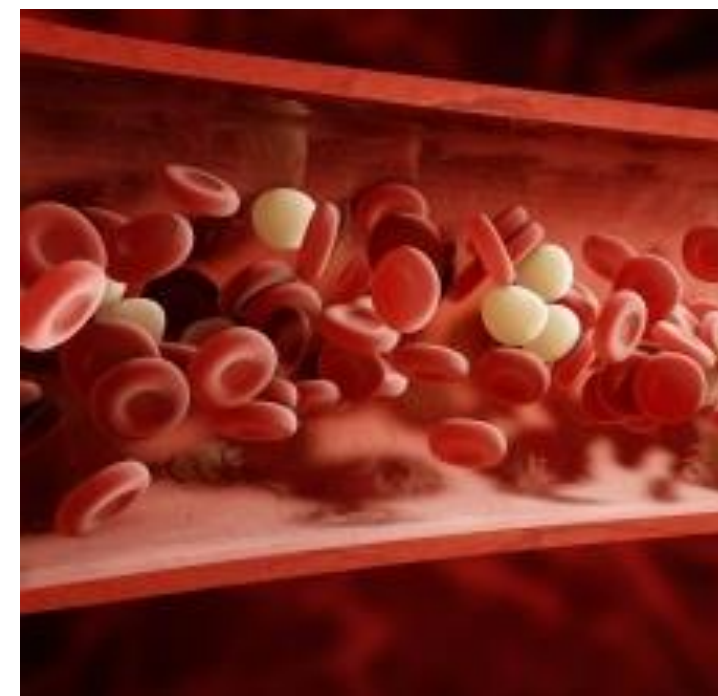
MENOR
AFINIDAD
DEL
OXIGENO
POR LA HB





en el primer trimestre, el ángulo subcostal puede cambiar de 68 a 103 grados

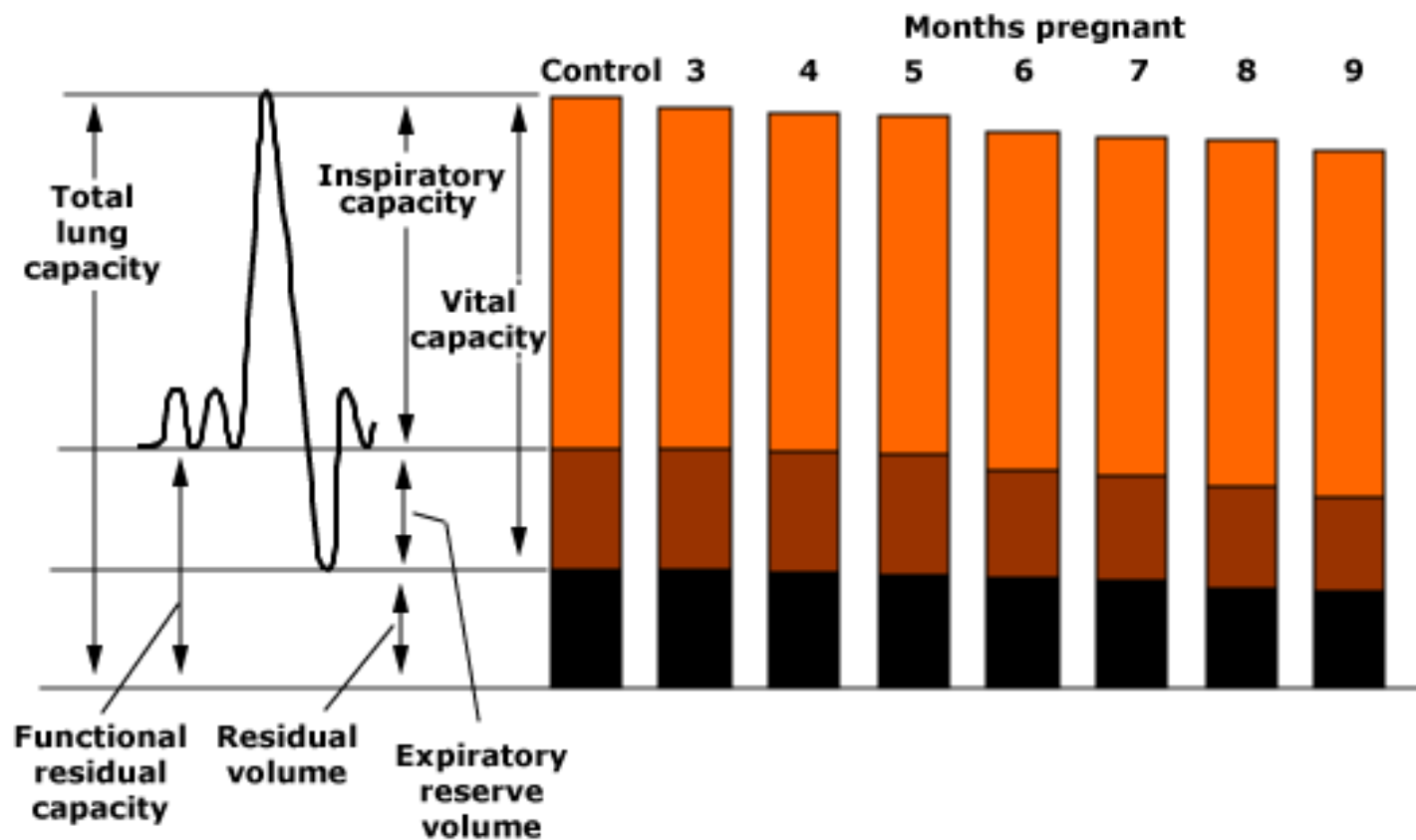
el diafragma se eleva hasta 4 cm y el diámetro del tórax puede aumentar 2 cm o más



Fuente: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Joanna S. Sheffield; Williams, Obstetrics, 24e; www.accessmedicine.com

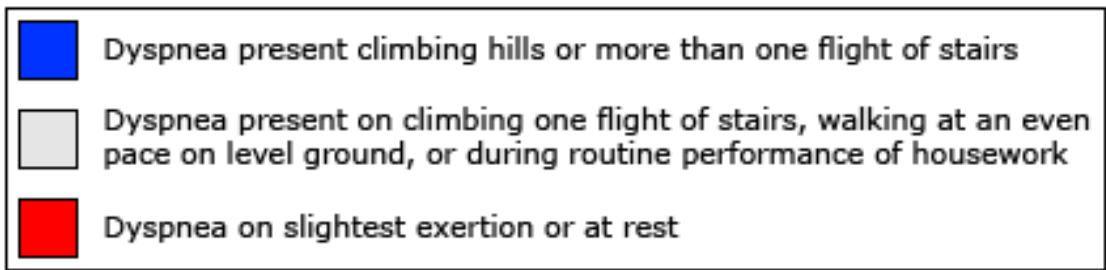
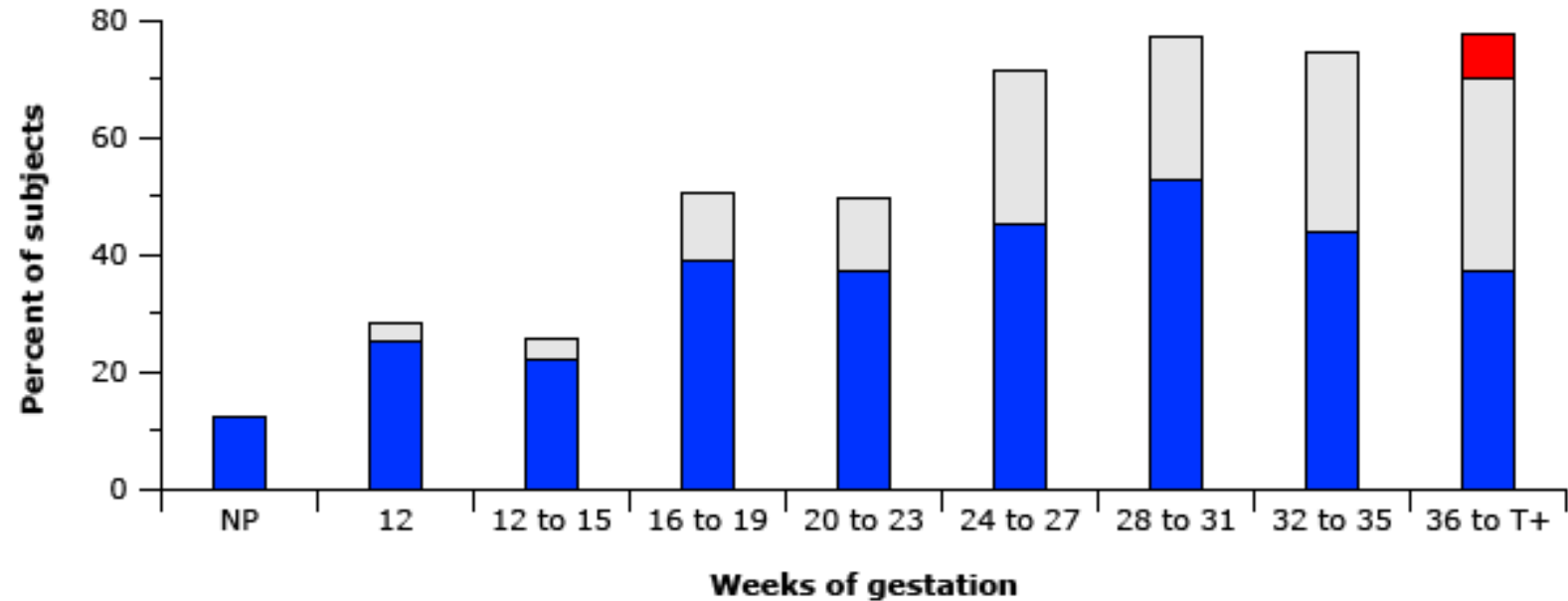
© 2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Changes in pulmonary function tests during pregnancy



la capacidad residual funcional (FRC) disminuye aproximadamente un 20% durante la última mitad del embarazo, debido a una disminución en el volumen de reserva espiratoria (VRE) y el volumen residual (RV)

Dyspnea during pregnancy



La disnea moderada aumenta en frecuencia desde el comienzo del segundo trimestre, mientras que la disnea grave se observa solo en las últimas semanas del embarazo

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

INCLUYE

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

TROMBO EMBOLISMO PULMONAR

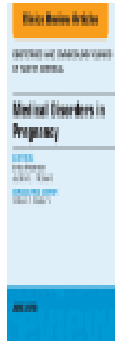
MAS GRAVE



ELSEVIER

Obstetrics and Gynecology Clinics of North America

Volume 45, Issue 2, June 2018, Pages 389-402



Thromboprophylaxis in Pregnancy

Diana Kolettis MD, Sabrina Craigo MD

La incidencia de TEV varía de 1 a 2 por 1000 pacientes gestantes siendo la TVP (80%) en el período antes del parto y (20% a 25%) siendo EP.

la incidencia de EP es mucho mayor después del parto **40% A 60%**

contribuye con el 14,9% de la mortalidad materna a nivel mundial



Tabla 1. Comportamiento de las causas de muerte materna, Colombia, 2010 - 2012

Causas	Número de casos	Porcentaje
Trastornos hipertensivos	299	22,4
Complicaciones hemorrágicas	262	21
Sepsis no ginecobstétricas	85	6,2
Sepsis ginecobstétricas	83	6,2
Infecciosas, respiratorias	74	5,5
En estudio	64	4,8
Aborto	60	4,5
Tromboembolismo pulmonar	55	4,1
Cardiopatías	50	3,7
Causas oncológicas	46	3,4

POR QUE ES IMPORTANTE DIAGNOSTICARLO

diagnóstico erróneo de TEP en el embarazo
puede ser potencialmente fatal: mortalidad
cercanas al 30%

Optimización de trombopprofilaxis en
gestaciones a futuro
Uso de terapias con estrógenos



tienen 4 a 5 veces mas
riesgo de
tromboembolismo
comparadas con mujeres
no embarazadas



TROMBO EMBOLISMO PULMONAR COMO RETO DIAGNOSTICO

1

síntomas y signos
fisiológicos del embarazo
son similares a los de la EP

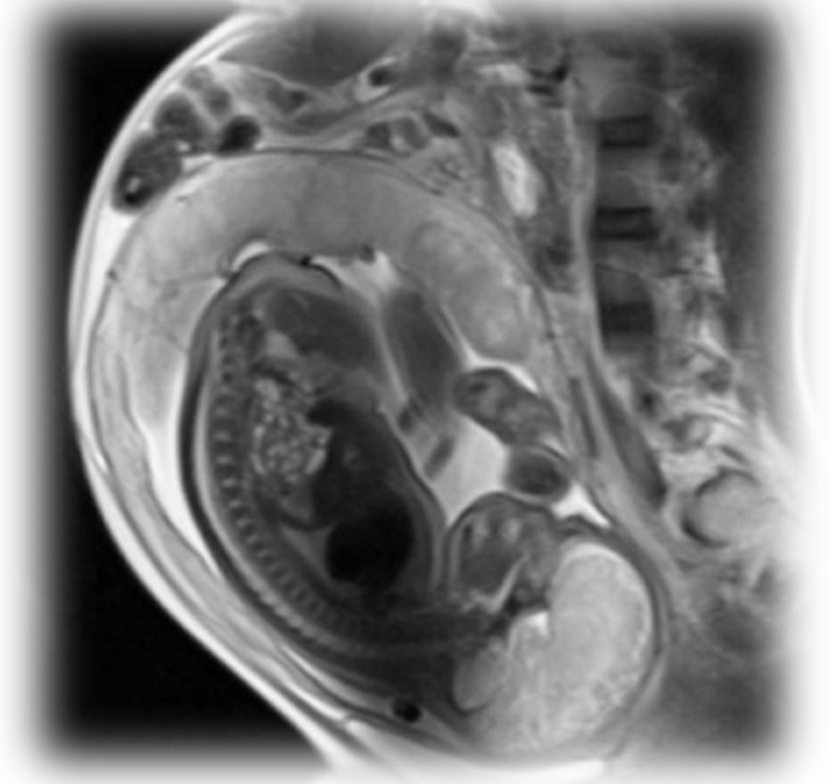
2

las estrategias de
diagnóstico no invasivos utilizados
normalmente para el control de la
sospecha PE no han sido
adecuadamente investigadas en
pacientes embarazadas



3

pruebas de imagen necesarias
para confirmar el diagnóstico de
PE puede ser perjudicial tanto
para la madre como para el feto





Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management

Green-top Guideline No. 37b
April 2015

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS

NUMBER 123, SEPTEMBER 2011

Replaces Practice Bulletin Number 19, August 2000

Thromboembolism in Pregnancy

QUE HAY DE NUEVO



What investigations are needed for the diagnosis of an acute pulmonary embolism (PE)?

Women presenting with symptoms and signs of an acute PE should have an electrocardiogram (ECG) and a chest X-ray (CXR) performed. [New 2015]

C

In women with suspected PE who also have symptoms and signs of DVT, compression duplex ultrasound should be performed. If compression ultrasonography confirms the presence of DVT, no further investigation is necessary and treatment for VTE should continue. [New 2015]

C

In women with suspected PE without symptoms and signs of DVT, a ventilation/perfusion (V/Q) lung scan or a computerised tomography pulmonary angiogram (CTPA) should be performed. [New 2015]

C

When the chest X-ray is abnormal and there is a clinical suspicion of PE, CTPA should be performed in preference to a V/Q scan. [New 2015]

D

Alternative or repeat testing should be carried out where V/Q scan or CTPA is normal but the clinical suspicion of PE remains. Anticoagulant treatment should be continued until PE is definitively excluded.

C

LAS RECOMENDACIONES DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA A MENUDO SE BASAN EN OPINIONES DE EXPERTOS

The following recommendation is based on good and consistent scientific evidence (Level A):

- ▶ When signs or symptoms suggest new onset DVT, the recommended initial diagnostic test is compression ultrasonography of the proximal veins.

The following recommendations and conclusions are based on limited or inconsistent scientific evidence (Level B):

- ▶ The preferred anticoagulants in pregnancy are heparin compounds.
- ▶ A reasonable approach to minimize postpartum bleeding complications is resumption of anticoagulation therapy no sooner than 4–6 hours after vaginal delivery or 6–12 hours after cesarean delivery.
- ▶ Because warfarin, LMWH, and unfractionated heparin do not accumulate in breast milk and do not induce an anticoagulant effect in the infant, these anticoagulants are compatible with breastfeeding.

The following recommendations are based primarily on consensus and expert opinion (Level C):

- ▶ Women with a history of thrombosis who have not had a complete evaluation of possible underlying etiologies should be tested for both antiphospholipid antibodies and for inherited thrombophilias.

Therapeutic anticoagulation is recommended for women with acute thromboembolism during the current pregnancy or those at high risk of venous thromboembolism, such as women with mechanical heart valves.

When reinstitution of anticoagulation therapy is planned postpartum, pneumatic compression devices should be left in place until the patient is ambulatory and until anticoagulation therapy is restarted.

- ▶ Women receiving either therapeutic or prophylactic anticoagulation may be converted from LMWH to the shorter half-life unfractionated heparin in the last month of pregnancy or sooner if delivery appears imminent.



ELSEVIER

Thrombosis Research

Volume 157, September 2017, Pages 23-28



Review Article

Guidance for the diagnosis of pulmonary embolism during pregnancy: Consensus and controversies

Tony Wan ^a, Leslie Skeith ^a, Alan Karovitch ^b, Marc Rodger ^a, Grégoire Le Gal ^a  

comparar y contrastar las recomendaciones de las guías clínicas actuales y evaluar la evidencia actual detrás de las recomendaciones sobre la evaluación de sospecha de EP en el embarazo



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists



THANZ
Thrombosis & Haemostasis society
of Australia and New Zealand



MÉTODOS

identificar todas las guías clínicas que
proporcionan recomendaciones sobre el
diagnóstico de sospecha de EP en el
embarazo



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA
LA PREVENCIÓN DE EVENTOS
TROMBOEMBÓLICOS VENOSOS DURANTE LA
GESTACIÓN, EL PARTO O EL PUERPERIO

Clinical practice guideline for the prevention of
venous thromboembolic events during pregnancy,
childbirth or postpartum period



PUNTOS A DISCUTIR

MODELOS DE PREDICCIÓN CLÍNICA

DIMERO D

ULTRASONOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES

OTRAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS

MODELOS DE PREDICCIÓN CLÍNICA

Ningún modelo de predicción clínica ha sido validado en el embarazo.

cualquier mujer embarazada que presente signos clínicos de TEP es investigado radiológicamente

Escala de Wells

TVP o TEP previo	+ 1,5
Inmovilización o Cx (< 4 Semanas)	+ 1,5
Cancer	+ 1
Dx alterno menos probable	+ 3
Hemoptisis	+ 1
FC > 100/min	+ 1,5
Signos clinicos de TVP*	+ 3
<i>baja 0 to 1; intermedia 2 a 6; Alta 7 o mas</i>	

Escala de Ginebra revisad

Edad > 65 años	+1
TVP o TEP previo	+3
Cirugia o Fractura (< 1 mes)	+2
Cancer	+2
Dolor unilateral en M. Inferior	+3
Hemoptisis	+2
FC	
75 a 94 X min	+3
≥ 95 x min	+5
Signos clinicos de TVP*	+4
<i>baja: 0 a 3; intermedia: 4 a 10; Alta: 11 or más</i>	

ESCALAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA LA SOSPECHA DE EP EN EL EMBARAZO

GUÍA	RECOMENDACIÓN
GRUPO DE TRABAJO EN SALUD DE LA MUJER DE LA SOCIEDAD DE TROMBOSIS Y HEMOSTASIA (GTH2016)	No hay recomendaciones
REAL COLEGIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (RCOG 2015)	Los médicos deben ser conscientes de que, en la actualidad, no hay pruebas para apoyar el uso de la evaluación de probabilidad previa en la gestión de TEV agudo en el embarazo." (Recomendación grado A)
SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA (ESC 2014)	No hay recomendaciones
SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CANADÁ (SOGC 2014)	Ni el dímero D solo ni las escalas de predicción clínica se debe utilizar para descartar TEV en mujeres embarazadas (Clase D recomendación)
AUSTRALIA Y LAS DIRECTRICES DE NUEVA ZELANDA (ANZ), APROBADO POR ASTH Y SOMANZ (2012)	No hay recomendaciones



a. Escalas para graduar el riesgo

Recomendación	Resumen
Fuerte a favor	Se recomienda el uso de una escala para evaluar el riesgo de presentar un evento tromboembólico venoso durante los periodos de gestación, parto o puerperio. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○

PUNTOS A DISCUTIR

MODELOS DE PREDICCIÓN CLÍNICA

DIMERO D

ULTRASONOGRAFÍA DE MIEMBROS
INFERIORES

OTRAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS



Contents lists available at ScienceDirect

Clinica Chimica Acta

journal homepage: www.elsevier.com/locate/clinchim



Reference intervals of D-dimer during the pregnancy and puerperium period on the STA-R evolution coagulation analyzer

Min Wang, Shiming Lu^{*}, Shuai Li, Fengxian Shen

Women's Hospital, School of Medicine, Zhejiang University, Xueshi Road #2, Hangzhou 310006, China



M. Wang et al. / Clinica Chimica Acta 425 (2013) 176–180

Seguimiento a 1343 mujeres embarazadas y 1042 pacientes post parto sanas

concentración de D-dímero aumenta progresivamente durante el embarazo y alcanza su punto máximo después del parto primero, y luego comienza a disminuir de manera constante y llegar a concentraciones normales 42 días después

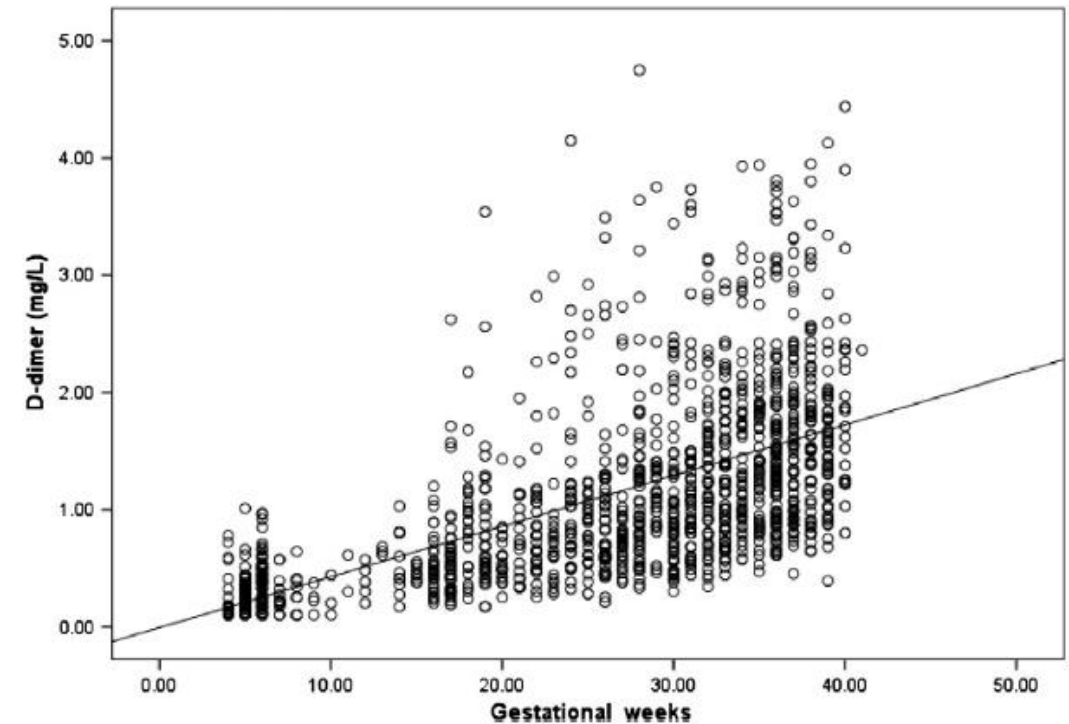


Fig. 1. Relationship between D-dimer levels and gestational age. $r = 0.70$ $p < 0.001$.

DIMERO D : SI O NO



aumento fisiológico en la gestación.

el valor optimo para descartar PE en el embarazo no se ha determinado claramente

los estudios que han evaluado las pruebas de dímero-D en el contexto de sospecha de EP han excluido pacientes gestantes.

**UN DIMERO D NEGATIVO
PUEDE DESCARTAR ETE
VALOR PREDICTIVO
NEGATIVO ALTO**

DIRECTRIZ SOBRE EL DÍMERO D PARA LA SOSPECHA DE EP EN EL EMBARAZO

GUÍA	RECOMENDACIÓN
GRUPO DE TRABAJO EN SALUD DE LA MUJER DE LA SOCIEDAD DE TROMBOSIS Y HEMOSTASIA (GTH2016)	un D-dímero con valores normales (población no embarazada) excluye TEV con la misma probabilidad en mujeres embarazadas
REAL COLEGIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (RCOG 2015)	Dímero-D no se debe tomar en sospecha de TEV agudo en el embarazo.” (Grado D recomendación)
SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA (ESC 2014)	Medición de D-dímero puede ser realizado con el fin de evitar la irradiación innecesaria, ya que un resultado negativo tiene un significado clínico similar al de una paciente no embarazada. (Clase IIb recomendación)
SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CANADÁ (SOGC 2014)	Ni el dímero D solo ni las escalas de predicción clínica se debe utilizar para descartar TEV en mujeres embarazadas (Clase D recomendación)





los datos sobre la sensibilidad y el valor predictivo negativo del dímero D como una prueba por sospecha de EP en el embarazo es limitada e inconsistente

No hay un valor claro establecido que valide un consenso de positividad

falta de una escala de predicción en la gestante que aplique el resultado del dímero D

PUNTOS A DISCUTIR

MODELOS DE PREDICCIÓN CLÍNICA

DÍMERO D

ULTRASONOGRAFÍA
DE MIEMBROS
INFERIORES

OTRAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

ULTRASONOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES

Pros y contra

la confirmación de la trombosis venosa profunda conduce a la misma administración terapéutica con anticoagulantes y evita la exposición de radiación con formación de imágenes de diagnóstico para PE



rendimiento diagnóstico de la ecografía de miembros inferiores se estima que es bajo en ausencia de síntomas de TVP

costo innecesario para el sistema de salud

USO DE ECOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES EN SOSPECHA EP EN EL EMBARAZO

GUÍA	RECOMENDACIÓN
COLEGIO AMERICANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ACOG 2018	Cuando los signos o síntomas sugieren TVP , la prueba de diagnóstico inicial recomendada es de ecografía de compresión de las venas proximales
GRUPO DE TRABAJO EN SALUD DE LA MUJER DE LA SOCIEDAD DE TROMBOSIS Y HEMOSTASIA (GTH 2016)	En pacientes gestantes con sospecha de EP, la ecocardiografía y ecografía de miembros inferiores deben ser considerados como métodos de imagen inicial para fundamentar la sospecha de PE y confirmar el diagnóstico de TEV, respectivamente.
REAL COLEGIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (RCOG 2015)	En pacientes con sospecha de EP y que también tienen síntomas y signos de TVP, Se debe tomar ecografía de miembros inferiores. Si esta confirma la presencia de TVP, no es necesario tomar otro tipo de imágenes y se debe iniciar tratamiento (Recomendación de grado C)
SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA (ESC 2014)	Ecografía miembros inferiores puede ser considerado con el fin de evitar la irradiación innecesaria, la TVP proximal confirma PE." (recomendación Clase IIb)
SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CANADÁ (SOGC 2014)	No hay recomendaciones



ULTRASONOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES

Pros y contras

El ultrasonido de rutina pueden retrasar el diagnóstico por imagen para PE mientras que la adición



TOMARLO SOLO
EN PRESENCIA DE
SINTOMAS DE TVP

PUNTOS A DISCUTIR

MODELOS DE PREDICCIÓN CLÍNICA

DÍMERO D

ULTRASONOGRAFÍA DE MIEMBROS INFERIORES

OTRAS IMÁGENES
DIAGNÓSTICAS

Diagnosing Pulmonary Embolism in Pregnancy Using Computed-Tomographic Angiography or Ventilation–Perfusion

Alison G. Cahill, MD, MSCI, Molly J. Stout, MD, George A. Macones, MD, MSCE, and Sanjeev Bhalla, MD

[AJR Am J Roentgenol](#). 2010 Sep;195(3):W214-20. doi: 10.2214/AJR.09.3506.

Pulmonary embolism in pregnancy: CT pulmonary angiography versus perfusion scanning.

[Shahir K¹](#), [Goodman LR](#), [Tali A](#), [Thorsen KM](#), [Hellman RS](#).

Pulmonary Embolism in Pregnancy: Comparison of Pulmonary CT Angiography and Lung Scintigraphy

Carole A. Ridge¹
Shaunagh McDermott¹
Bridget J. Freyne²

OBJECTIVE. The purpose of this study was to retrospectively compare the diagnostic adequacy of lung scintigraphy with that of pulmonary CT angiography (CTA) in the care of pregnant patients with suspected pulmonary embolism.

Lung (2012) 190:105–111
DOI 10.1007/s00408-011-9329-9

PULMONARY EMBOLIC DISEASE

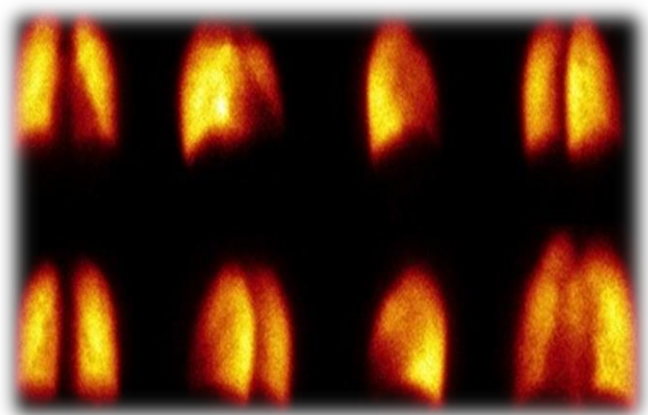
Outcomes of Negative Multidetector Computed Tomography with Pulmonary Angiography in Pregnant Women Suspected of Pulmonary Embolism

Ghada Bourjeily · Hanan Khalil · Christina Raker ·
Susan Martin · Pauline Auger · Michel Chalhoub ·
Lucia Larson · Margaret Miller

LIMITACIONES...

GAMMAGRAFÍA DE VENTILACIÓN PERFUSIÓN Y LA ANGIOTOMOGRAFÍA PULMONAR COMPUTARIZADA

Ninguna de estas estrategias de diagnóstico se ha validado en mujeres embarazadas con sospecha de EP



LIMITACIONES

los estudios publicados en la gammagrafía V / Q o APTC en el embarazo tienen un diseño retrospectivo que se somete a diversas formas de sesgos : de información y de selección

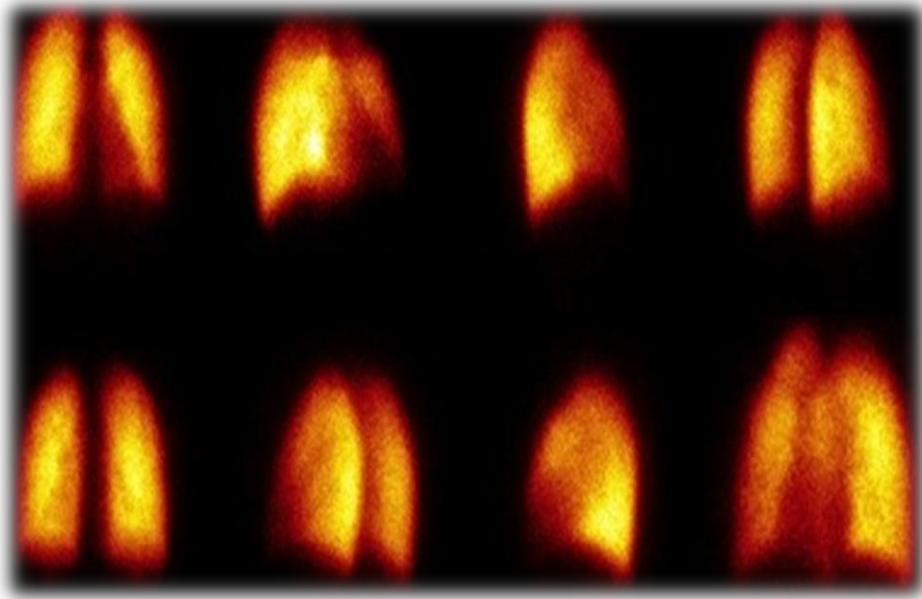
el tamaño de la muestra de los estudios pertinentes es pequeño debido a desafíos en el reclutamiento

GAMMAGRAFÍA DE VENTILACIÓN PERFUSIÓN Y LA ANGIOTOMOGRAFÍA PULMONAR COMPUTARIZADA

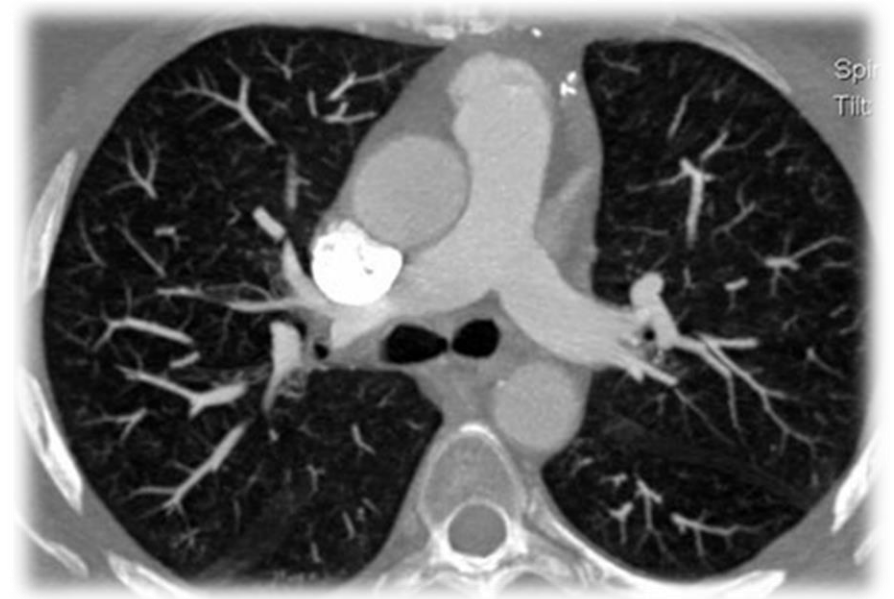
la mayor parte directrices
recomiendan el uso de
exploración V / Q sobre la APTC



minimizar la exposición de
radiación materna, en lugar de la
exactitud de diagnóstico superior
de la prueba

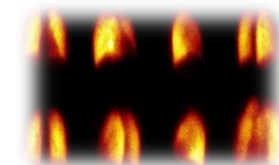
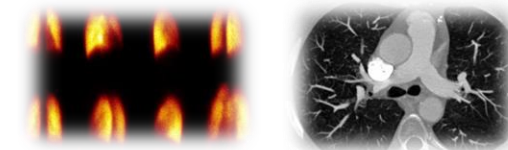
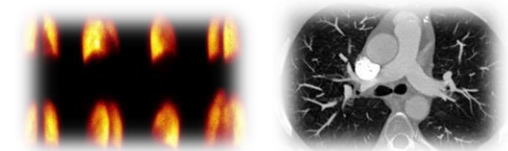
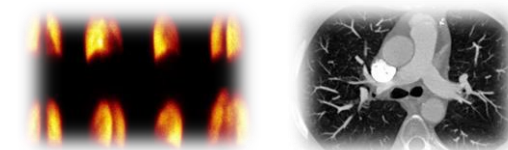


VS



DIRECTRIZ SOBRE LA EXPLORACIÓN V / Q Y CTPA POR SOSPECHA DE EP EN EL EMBARAZO

GUÍA	RECOMENDACIÓN
GRUPO DE TRABAJO EN SALUD DE LA MUJER DE LA SOCIEDAD DE TROMBOSIS Y HEMOSTASIA (GTH2016)	Si la gammagrafía V/Q está disponible, es el método de elección en pacientes con rayos x de tórax normal dada la baja radiación materna. Si la RX de tórax inicial es anormal o si la gammagrafía V/Q no es concluyente o no está disponible, se debe priorizar la ATPC
REAL COLEGIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (RCOG 2015)	pacientes con sospecha de EP sin síntomas y signos de TVP debe llevarse a cabo, gammagrafía pulmonar V/Q o una ATPC. (Recomendación de grado C) "Cuando la RX de tórax anormal y sospecha clínica de EP, debe realizarse con preferencia una ATPC sobre gammagrafía V / Q." (Grado D recomendación)
SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA (ESC 2014)	La gammagrafía V/Q puede ser considerada para descartar sospecha de EP en pacientes embarazadas radiografía de tórax normal.(Clase IIb) ATPC se debe considerar si la RX de tórax es anormal o si la gammagrafía pulmonar no está disponible. (Clase IIa recomendación)
SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CANADÁ (SOGC 2014)	En las pacientes embarazadas con sospecha de EP y con RX de tórax normal la gammagrafía V/Q es la imagen de elección. (Nivel 1 grupo de consenso)



EN CUANTO AL MANEJO



ACOG PRACTICE BULLETIN

Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists

NUMBER 196

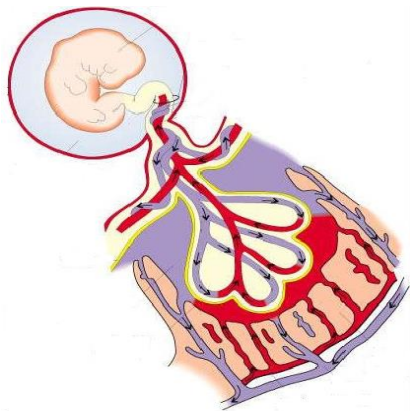
(Replaces Practice Bulletin Number 123, August 2011)

Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. This Practice Bulletin was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics in collaboration with Andra James, MD, MPH; Meredith Birsner, MD; and Anjali Kaimal, MD, MAS.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS VENOSOS DURANTE LA GESTACIÓN, EL PARTO O EL PUERPERIO

Clinical practice guideline for the prevention of
venous thromboembolic events during pregnancy,
childbirth or postpartum period





HEPARINA NO FRACCIONADA Y HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR



No atraviesa barrera placentaria , vida media más corta y concentraciones plasmáticas más bajas, requiriendo el uso de dosis ajustadas



INHIBIDORES DIRECTOS DE LA TROMBINA Y ANTI-XA

WARFARINA



INHIBIDORES DIRECTOS DE LA
TROMBINA Y ANTI-XA



recomienda la obtención de recuento de plaquetas al inicio de la anticoagulación cuando existan factores de riesgo (antecedente de trombocitopenia)



EN CUANTO A PREVENCIÓN

a. Hidratación

Recomendación	Resumen
Débil a favor	Se sugiere evitar la deshidratación como una estrategia para la prevención de eventos tromboembólicos venosos durante la gestación, parto o puerperio. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○

c. Medias de compresión graduada

Recomendación	Resumen
Fuerte a favor	Se recomienda el uso de medias y dispositivos de compresión graduada para la prevención de eventos tromboembólicos venosos durante la gestación, parto o puerperio. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○



PROFILAXIS Y MANEJO

Punto de buena
práctica clínica



Las dosis de heparina deben ser:

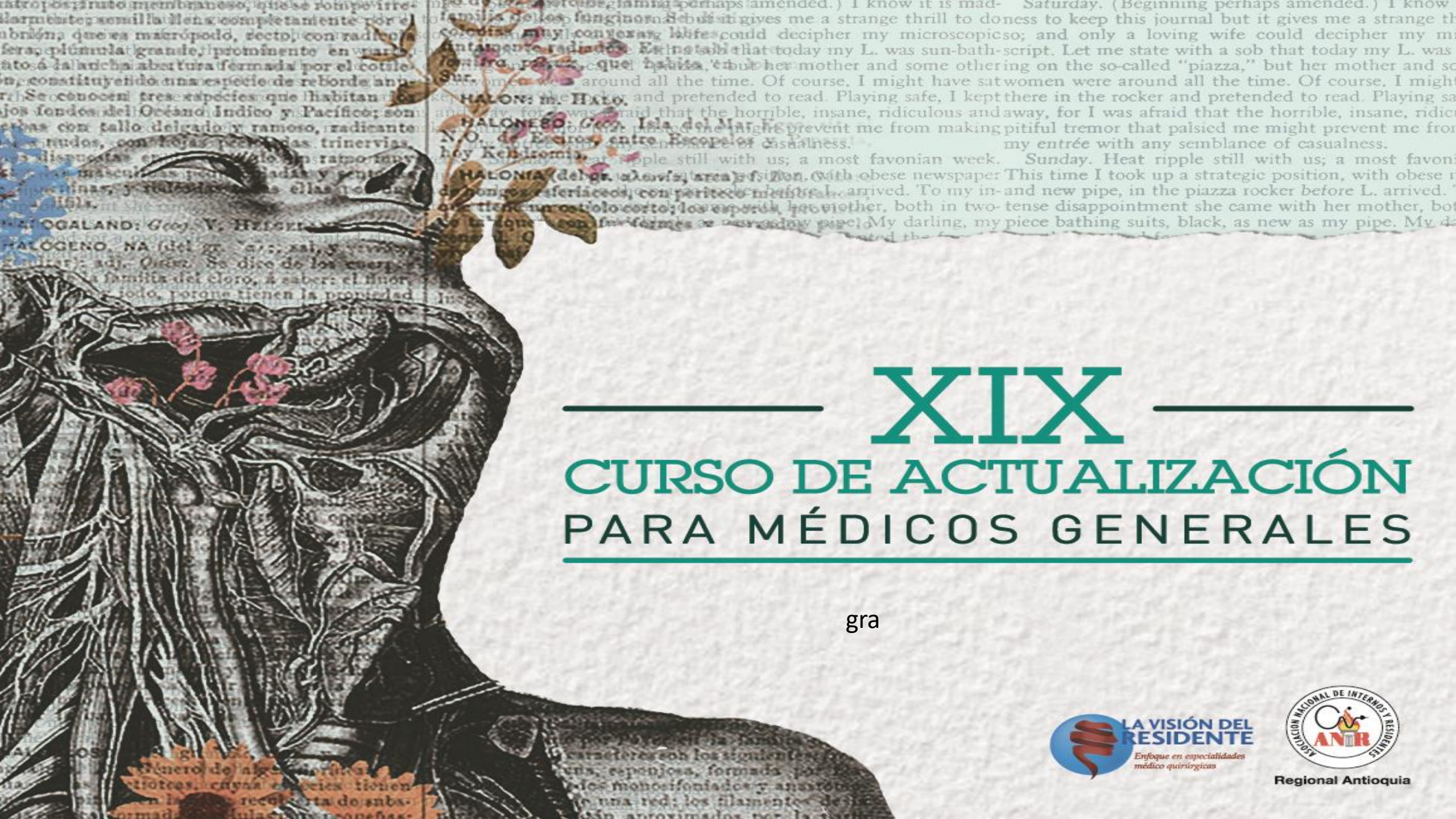
Peso	Enoxaparina (3)	Dalteparina (24, 25)	Nadroparina (24, 26)
< 50 kg	20 mg/día	2500 U/día	2850 U/día (0,3 ml)
50-90 kg	40 mg/día	5000 U/día	
91-130 kg	60 mg/día	7500 U/día	
131 -170 kg	80 mg/día	10000 U/día	
Dosis para anticoagulación	1 mg/kg/dosis cada 12 h	5000 U cada 12 h	171 U/kg/día



Punto de buena práctica clínica ✓	Durante el puerperio, y cuando se encuentre indicado, las intervenciones farmacológicas se deben iniciar 12 horas después del parto o cesárea. Previo a este periodo de tiempo se deben usar medidas no farmacológicas.
---	---

Punto de buena práctica clínica ✓	Ante la presencia de cualquier sangrado genital o del inicio de trabajo de parto se debe recomendar a las gestantes que están recibiendo intervenciones farmacológicas la suspensión de las mismas y consulta médica por urgencias.
---	---

Punto de buena práctica clínica ✓	En gestantes de muy alto riesgo para eventos tromboembólicos venosos, que reciben intervenciones farmacológicas a dosis de anticoagulación, la última dosis se debe administrar 24 horas antes de la inducción del trabajo de parto o de la cesárea.
---	--



XIX

CURSO DE ACTUALIZACIÓN PARA MÉDICOS GENERALES

gra